

FACULTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1900-1901. — N° 139

Contribution à l'Étude

DE

L'ULCUS RODENS

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 22 mai 1901

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

ÉLIE ROUX

Né à St-Gervais-les-Bains (Haute-Savoie), le 26 juillet 1875



LYON

IMPRIMERIE PAUL LEGENDRE ET C^{ie}

Ancienne Maison A. Waltener

14, rue Belle-Cordière, 14

—
1901

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1900-1901. — N° 139

Contribution à l'Étude

DE

L'ULCUS RODENS

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

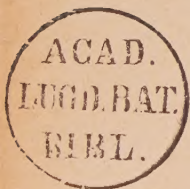
Et soutenue publiquement le 22 mai 1901

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

ÉLIE ROUX

Né à St-Gervais-les-Bains (Haute-Savoie), le 26 juillet 1875



LYON

IMPRIMERIE PAUL LEGENDRE ET C^{ie}

Ancienne Maison A. Waltener

14, rue Belle-Cordière, 14

—
1901

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET.....	DOYEN.
LACASSAGNE.....	ASSESEUR.
CROLAS.....	QUESTEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. PAULET, CHAUVEAU.

PROFESSEURS

Cliniques médicales.....	}	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales.....		BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements.....		BARD.
Clinique ophtalmologique.....		PONCET.
Clinique des Maladies cutanées et syphilitiques...		X.
Clinique des Maladies mentales.....		FOCHIER.
Physique médicale.....		GAYET.
Chimie médicale et pharmaceutique....		GAILLETON.
Chimie organique et Toxicologie.....		PIERRET.
Matière médicale et Botanique.....		MONOYER.
Parasitologie.....		HUGOUNENQ.
Anatomie.....		CAZENEUVE.
Anatomie générale et Histologie.....		FLORENCE.
Physiologie.....		LORTET.
Pathologie interne.....		TESTUT.
Pathologie externe.....		RENAUT.
Pathologie et Thérapeutique générales.....		MORAT.
Anatomie pathologique.....		TEISSIER.
Médecine opératoire.....		AUGAGNEUR.
Médecine expérimentale et comparée.....		MAYET.
Médecine légale.....		TRIPPIER.
Hygiène.....		POLLOSSON (M.).
Thérapeutique.....		ARLOING.
Pharmacologie.....		LACASSAGNE.
		COURMONT.
		SOULIER.
		CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes..... M. LAROYENNE.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants.....	MM. WEILL,	agrégé
Maladies des voies urinaires.....	CHANDELUX,	—
Maladies des oreilles, du nez et du larynx.....	LANNOIS,	—
Accouchements.....	POLLOSSON (A.),	—
Propédeutique médicale.....	ROQUE,	—
Propédeutique chirurgicale.....	GANGOLPHE,	—
Botanique.....	BEAUVISAGE,	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BEAUVISAGE.	CONDAMIN.	VALLAS.	PAVOT.
ROQUE.	DEVIC.	SIRAUD.	NOVÉ-JOSSERAND.
ROUX.	COLLET.	DURAND.	BERARD.
POLLOSSON (A.)	BOYER.	DOYON.	SAMBUC.
ROCHET.	BARRAL.	PIC.	BORDIER.
ROILET.	MOREAU.		

M. BEAUDUN, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. GAILLETON, Président ; M. LANNOIS, Assesseur ;
MM. ROCHET et BOYER, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

INTRODUCTION

Dans l'espace de deux ans, la clinique de M. le professeur Gailleton hospitalisait deux cas d'*ulcus rodens* d'une grande ressemblance symptomatique. L'examen microscopique, pratiqué chaque fois au Laboratoire de la Faculté de Médecine, fit connaître dans un cas une néoplasie musculaire lisse et, dans l'autre cas, une production malpighienne. Or le problème de l'histogenèse de l'*ulcus rodens*, discuté depuis longtemps par les dermatologues, n'est pas résolu encore.

M. le docteur Carle, chef de clinique des maladies cutanées et syphilitiques, vit toute l'importance qu'amenait la confrontation de ces deux éléments histologiques sous le masque du même syndrome clinique.

Il nous conseilla d'étudier cette intéressante question ; c'est l'origine de ce travail dont la question anatomique et la partie du traitement nous ont paru les chapitres les plus importants.

A cette occasion, nous exprimons à M. le docteur Carle notre grande reconnaissance pour les conseils qu'il nous a prodigués avec tant d'affabilité, soit au sujet de ce travail, soit pendant le stage spécial que nous avons consacré à l'étude des maladies de la peau. Nous le remercions bien sincèrement.

Pendant une période de dix-huit mois, à l'Hôpital Saint-Joseph, nous avons reçu l'enseignement clinique de M. le docteur Clément, médecin, et de MM. les docteurs Goullioud et Rafin, chirurgiens de cet hôpital. Nous garderons un souvenir ému de ces maîtres bienveillants.

M. le docteur Martel, chirurgien des Hôpitaux de Saint-Etienne, a dirigé notre étude dans l'art de la chirurgie d'urgence, qu'il veuille croire à notre gratitude et à notre bon souvenir.

Nous n'oublierons pas les leçons de pathologie dentaire de M. le docteur J. Tellier, ancien chef de clinique. Nous le remercions d'avoir bien voulu nous honorer de son amitié.

M. le professeur M. Pollosson nous a communiqué gracieusement une observation ; nous le remercions ainsi que M. Jolly, interne des Hôpitaux.

M. de Magneval, externe des Hôpitaux, agréera

nos remerciements pour l'épreuve photographique qu'il a fait de nos malades.

Que M. le professeur Gailleton reçoive l'expression de notre reconnaissance pour l'honneur qu'il nous a fait de vouloir bien présider notre jury de thèse.

CHAPITRE PREMIER

Historique

L'histoire de l'*ulcus rodens* est surtout étrangère : anglaise et allemande. C'est Jacobs, de Dublin, qui a, le premier, attiré l'attention sur cette ulcération particulière. En 1827 il en a fait la première description qui est restée classique en Angleterre et a pris place dans la nosologie sous le nom de *rodent ulcer* ou encore *ulcus rodens*. Jusqu'en 1865, cette affection fut considérée comme une variété d'ulcère de la peau, sans définition précise, mais on lui refusait toute nature cancéreuse.

A ce moment, Thiersch, en Allemagne, le range parmi les épithéliomas et lui donne le nom, conservé en Allemagne d'*épithélioma superficiel de la peau*. Plusieurs auteurs anglais, Hulke, en 1871, et Collins

Warren, en 1872, se rangent à cet avis et en font une néoplasie.

La nature cancéreuse de l'*ulcus rodens* est admise partout en 1878; alors commence une longue période, qui dure encore, pendant laquelle s'alimentera la discussion intéressante sur l'origine de la néoplasie, discussion à laquelle nous apporterons quelques matériaux. Nous entendrons la voix d'un grand nombre d'auteurs, dermatologues et chirurgiens, qui vont plaider, on pourrait dire, chacun une opinion différente.

C'est Thin, en 1878, qui assigne à l'*ulcus rodens* une origine sudoripare; les frères Fox, en 1879, accusant l'épithélium de la gaine des poils; Hulke, donnant ses préférences à l'épithélium malpighien. En 1881, nous avons le plaisir de relever un nom français, Mathieu, avec quatre observations, mais cet auteur ne donne pas son avis sur l'histologie de l'affection.

En 1892, M. le professeur Dubreuilh, de Bordeaux, par la thèse de son élève, M. Dangerfield, apporte un sérieux appoint à l'étude de l'*ulcus rodens*. Son opinion qu'il expose, la même année, au Congrès allemand de Dermatologie et de Syphiligraphie, à Vienne, est que l'*ulcus rodens* est dû à la néoplasie de l'épithélium malpighien, dont la cellule subit, dans cette affection, une évolution spéciale. Cette doctrine est résumée également, par cet auteur, dans le Précis de Dermatologie de la Bibliothèque de l'Étudiant, publiée sous la direction de M. le professeur Testut.

En 1894, une importante discussion a lieu à la Société Médicale de Londres. M. Kantack adopte l'origine sébacée pour *l'ulcus rodens*; M. Colcott Fox nie l'origine glandulaire; M. G. Spencer penche pour le réseau de Malpighi; M. Normann Walker croit à la provenance sudoripare, M. Beadler, estime que *l'ulcus* prend naissance sur les conduits excréteurs des glandes sébacées.

En 1896 une nouvelle discussion à la Patholog. Society de Londres montre la même divergence d'opinions, M. Hutschinson (junior), après avoir constaté que, sur le continent, *l'ulcus rodens* n'est pas différencié de l'épithélioma ordinaire de la peau, montre une coupe histologique d'un cas de ce genre où la néoplasie se continue avec le réseau de Malpighi. M. Kantack reste fidèle à l'origine sébacée malgré cela.

Nous signalons ici, sans la discuter, l'ingénieuse théorie exposée par M. Muir Evans, sans preuves d'ailleurs, faisant provenir *l'ulcus rodens* des glandes lacrymales abortives de l'homme, qui existent normalement, chez certains mammifères (antilope, daim, mouton), disséminées dans la face.

En 1898 paraît, en Allemagne, une étude de *l'ulcus rodens* par M. Karl Kreibich, assistant à la clinique du professeur Kaposi, à Vienne. L'auteur conclut à une double origine : de l'épithélium malpighien et des follicules pileux.

Enfin, en 1899, le dernier travail important sur *l'ulcus rodens* est une thèse de l'Université de Kiel,

où l'auteur, M. Crohn, n'émet aucune opinion sur l'origine néoplasique.

C'est donc surtout à l'étranger que *l'ulcus rodens* a occupé les esprits. Il est vrai de dire que cette affection est rare dans notre pays, et le silence de la bibliographie française doit être interprété en ce sens que la lésion n'a été que très peu observée et que les cas en ont dû passer inaperçus. A Lyon même, M. Lagoutte, dans un article sur les épithéliomas de la peau, dans le *Lyon Médical*, range *l'ulcus rodens* des Anglais parmi les cancroïdes atrophiques de la face. Cette citation montre que *l'ulcus rodens* n'a pas encore acquis, dans la nosologie française, le rang auquel il a droit.

CHAPITRE II

Etiologie

Les causes qui provoquent l'apparition de l'épithélioma de la peau en général et de l'*ulcus rodens* en particulier, ne sont pas encore élucidées en l'état actuel de la science. Les traités classiques se contentent de mettre en relief l'âge et le sexe des malades, l'hérédité et le traumatisme.

Il est incontestable que l'*Ulcus Rodens* est une affection de l'âge mûr, de 40 à 60 ans, atteignant l'homme plus souvent que la femme.

L'hérédité joue un rôle que nous n'avons pas remarqué dans nos observations.

Quant au traumatisme, nous avons un exemple remarquable de son influence (peut-être n'est-ce qu'une coïncidence?) dans notre Obs. XIII.

Cet *ulcus rodens* qui se développe à l'endroit de la face où le patient avait reçu un violent coup d'ongle, quelque temps auparavant, nous paraît avoir une étiologie déterminante relativement précise.

De même dans l'Obs. II, cas de Williamson, où l'affection a débuté par une petite blessure déterminée par un coup d'ongle.

Dans le même ordre d'idées, notons la prédisposition des gens de mer pour l'*ulcus rodens* signalée par Unna. Cet auteur a décrit la *peau de matelot*, cette peau qui subit les traumatismes complexes des intempéries ; or, les Anglais, gens de mer, sont atteints fréquemment d'*ulcus rodens*, dont le siège de prédilection est une certaine région de la face.

Les lésions antérieures de la peau doivent être signalées. M. Richetts, de Philadelphie signale, en 1887, le développement d'un *ulcus rodens* sur un lupus de la face. L'acné sébacée, le kératome sénile, les cicatrices entrent en ligne de compte, mais pas spécialement pour l'*ulcus rodens*. Enfin ce dernier peut se développer d'emblée sur la peau saine : on ne trouve alors pas de cause étiologique, c'est ce qui arrive le plus souvent.

Quant à la nature intime de la genèse de l'affection, elle nous échappe, comme celle de l'épithélioma en général.

CHAPITRE III

Anatomie pathologique et pathogénie.

La nature histologique de l'*ulcus rodens*, malgré les recherches et les études nombreuses qui ont été faites, à ce sujet, par des auteurs divers et tous autorisés, forme encore le chapitre le plus obscur de cette affection. Lorsqu'on consulte la bibliographie, on a l'impression d'un désaccord profond entre les différents observateurs au sujet de l'origine de la néoplasie. Chacun apporte son opinion basée sur des coupes microscopiques, et chaque opinion se heurte à la voisine par des arguments sérieux. Nous ne voulons, comme exemple de cette divergence d'opinions, qu'une discussion à la Société Médicale de Londres, en 1894, à laquelle prenaient part les

dermatologistes anglais contemporains. M. Kantack pense que *l'ulcus rodens* est une néoplasie des glandes sébacées. M. Colcott Fox, sans indiquer la nature histologique qu'il affectionne, nie l'origine sudoripare ou sébacée. M. G. Spencer en fait un épithélioma à point de départ malpighien, mais avec une évolution particulière. M. Walker, s'appuyant sur la petitesse des cellules, la lenteur du développement et l'absence de kératinisation, croit à la provenance sudoripare. M. Ruben Boyce montre une préparation où l'affection, au début, siège dans le derme, en dehors des glandes sébacées et sudoripares. M. Beadler estime que *l'ulcus rodens* prend naissance sur les conduits excréteurs des glandes sébacées.

L'observation de trois cas d'*ulcus rodens* dont l'examen histologique a été pratiqué, nous a conduit à envisager la question de l'histogenèse de cette affection sous un aspect nouveau. Nous nous inspirons, en l'occurrence, d'un principe qui domine les sciences médicales ; ne dit-on pas tous les jours qu'il n'y a rien d'absolu en clinique, et le cas de pneumonie observé au lit du malade est-il calqué exactement sur la description schématique du traité de pathologie ?

En un certain sens, notre manière de voir essaiera, en outre, d'accorder les opinions différentes.

L'ulcus rodens est un syndrome clinique indiscutable et admis par les dermatologues. Mais on a voulu également lui donner une origine histologique toujours identique, le faire provenir d'un

tissu de la peau toujours et exclusivement le même. C'est cet absolutisme qui, selon nous, a obscurci la question anatomique. Nous pensons plutôt que la prolifération morbide de chaque tissu de la peau peut, pour son propre compte, revêtir la forme clinique *ulcus rodens*, ou encore, étant donné un diagnostic clinique d'*ulcus rodens*, on n'est pas autorisé à incriminer, de ce fait, un seul tissu de la peau à l'exclusion des autres, et la néoplasie pourra être d'origine malpighienne aussi bien que folliculaire, sudoripare, sébacée ou musculaire. Nous allons examiner l'un après l'autre ces cinq éléments cutanés et nous verrons que chacun d'eux a droit, le cas échéant, à la paternité de l'*ulcus rodens*.

1° RÉSEAU DE MALPIGHI. — On trouve ce tissu dans la majorité des cas d'*ulcus rodens* ; les observateurs en sont nombreux : Hulke en 1871 ; Dangerfield, avec neuf observations, en 1892 ; G. Spencer, R. Robinson, en 1894 ; Hutschinson junior, en 1896 ; Shattock, en 1896 ; K. Kreibich, en 1898.

Nous possédons nous-même deux cas de cette catégorie dont nous publions plus loin les observations avec examen histologique (Obs. XIII et XIV).

Voici, d'une manière schématique, les caractères microscopiques de l'*ulcus rodens* à type malpighien : Les cellules épithéliales sont groupées en forme de tube dont le cul-de-sac pénètre dans le derme ; ces tubes sont séparés les uns des autres par du tissu conjonctif fibrillaire. Les cellules sont, en général,

petites, avec un noyau coloré vivement. La coupe d'un tube montre l'organisation suivante :

A la périphérie on trouve des cellules cylindriques formant ce que M. le professeur Dubreuilh a appelé, d'une manière pittoresque, une palissade. Ces cellules marginales se distinguent nettement et sont grandes relativement à celles qui vont de la périphérie au centre. Ce dernier a un aspect qu'on ne retrouve pas dans l'épithélioma ordinaire de la peau ; il forme une vacuole remplie d'un liquide clair et contient quelquefois des débris cellulaires déchiquetés. On voit aussi une évolution spéciale de la cellule épidermique qui, cylindrique à la périphérie, perd peu à peu ses contours et finit au centre par la fonte et la destruction. Nous insistons sur cette évolution spéciale de la cellule néoplasique donnant lieu à la formation d'une vacuole au centre du lobule. On sait, en effet, que, dans l'épithélioma ordinaire, banal de la peau, la cellule évolue vers la kératinisation; d'où la production d'un globe corné épidermique, au centre du lobule épithélial. Dans l'*ulcus rodens*, une vacuole remplace le globe corné, car la cellule a évolué différemment ; cette évolution est constante et spéciale.

Les auteurs que nous citons, Dangerfield et Kreibich y ajoutent une grande importance. M. le professeur Dubreuilh par l'organe de M. Dangerfield, et également dans une communication au Congrès de Dermatologie et de Syphiligraphie de Vienne, en 1892, en fait la caractéristique de l'*ulcus rodens*,

qu'il croit, d'ailleurs, toujours d'origine malpighienne.

Dans les deux cas que nous possédons de ce genre, l'examen histologique, pratiqué par M. le Dr Charvet, préparateur d'anatomie pathologique à l'Université de Lyon, a montré également la présence de ces vacuoles.

Nous faisons donc remarquer ce phénomène, et nous dirons seulement qu'il est spécial aux *ulcus rodens* d'origine malpighienne.

2^o FOLLICULES PILEUX. — Ce type histologique d'*ulcus rodens* a été observé, par les frères Fox, en 1879. En 1896, M. Shattock, à la Société de Pathologie de Londres, admet cette origine. C'est dans le travail de M. Karl Kreibich, en 1898, que nous puiserons les meilleurs renseignements à cet égard, car nous n'en possédons pas d'observation personnelle. Cet auteur a étudié l'histologie de trois cas d'*ulcus rodens*, de provenance folliculaire dont les observations, avec examen microscopique, sont publiées plus loin (Obs. IX, X et XI).

Ici, les cellules néoplasiques sont en forme de fuseau et d'une coloration intense du noyau; elles semblent se continuer avec la gaine des poils, sauf en certains points, où les foyers épithéliaux sont en relation avec le réseau de Malpighi; dans ces derniers points la cellule néoplasique perd alors sa forme de fuseau pour prendre la forme cylindrique, toujours avec une vive coloration du noyau, comme dans le type malpighien, décrit plus haut, au para-

graphe précédent. A signaler, également, ici, la liquéfaction de quelques centres lobulaires donnant lieu aux vacuolès. Il semble que, dans ces trois cas, on ait affaire plutôt à un type mixte, à un *ulcus rodens* dont l'origine est à la fois malpighienne et folliculaire, avec prédominance de ce dernier tissu. Il ne faut, d'ailleurs, pas s'en étonner ; la parenté proche de la cellule du follicule pileux avec la cellule du réseau de Malpighi nous explique le mélange de ces deux formes. De sorte que cette division folliculaire pourrait, à la rigueur, être rattachée à la première malpighienne.

3^o GLANDES SÉBACÉES. — Nous ne possédons pas, nous-même, d'observations d'un type de ce genre ; il faut bien se souvenir de la rareté de l'*ulcus rodens* en France et, malgré nos recherches, nous n'avons pu l'observer personnellement. Toutefois, la bibliographie anglaise est relativement féconde en la matière, et nous rappellerons l'opinion de plusieurs dermatologues autorisés d'Angleterre et d'Allemagne.

Thiersch et Butlin, en 1865, assignaient à l'*ulcus rodens* l'origine sébacée. M. Kantack et M. Beadler, en 1894, sont de cet avis. En faveur de ce type histologique nous pouvons rappeler les cas d'*ulcus rodens* développés au niveau des vieux kystes sébacés du visage.

4^o GLANDES SUDORIPARES. — Ce type d'*ulcus rodens* a eu de nombreux partisans, même en France.

Thin, en 1879, dit que l'*ulcus rodens* est une variété d'épithélioma sudoripare et en 1886, le fait rentrer dans les formes d'épithélioma papillomateux tubulé de Cornil et Ranvier. Il est fort probable que cette forme néoplasique à laquelle on donne également le nom de *cylindroma* (Billroth), *tumeur hétéradénique* (Robin), *polyadénome* (Broca), *polyadénome sudoripare* (Verneuil), donne lieu parfois au syndrome clinique *ulcus rodens*. C'est également l'opinion qu'émet M. Normann Walker, en 1894, à la Société Médicale de Londres.

5^e FIBRES MUSCULAIRES LISSES. — On trouve dans la peau les éléments musculaires suivants :

a). *Muscles redresseurs des poils*, décrits pour la première fois par Kölliker, au nombre de deux ou trois faisceaux pour chaque poil.

b). *Le tissu musculaire lisse des parois artérielles*.

c). Enfin, il existe comme annexes de la peau, d'autres éléments musculaires lisses plus profonds et agglomérés souvent pour former un véritable appareil musculaire. Nous en trouvons un à la région temporale, lieu où peut se développer l'*ulcus rodens*. C'est le *muscle temporal superficiel* à fibres lisses décrit par M. Sappey.

Au sujet de l'*ulcus rodens* d'origine musculaire lisse, la bibliographie est muette; sans doute, l'observation en doit être très rare. Nous avons la bonne fortune de posséder un cas de cette catégorie qui nous a été communiqué par M. le D^r Carle, chef

de clinique. L'examen histologique de cet *ulcus rodens*, pratiqué par M. le professeur agrégé Paviot, a révélé une origine musculaire lisse. L'observation, avec la description anatomopathologique, en est publiée plus loin (Obs. XII).

Il s'agit donc d'un léiomyome dont la marche clinique a réalisé le syndrome *ulcus rodens*. Mais le microscope a été impuissant à indiquer quelle espèce de fibres musculaires lisses avait proliféré morbidement dans ce cas, de sorte que nous ne pouvons que le rattacher en bloc au tissu musculaire lisse de la peau, sans donner la préférence à une des divisions *a)*. *b)*. *c)*. adoptées ci-dessus.

Dans ce chapitre, nous venons d'attribuer à chaque élément de la peau la part qui lui revient dans l'histogenèse de l'*ulcus rodens*. Nous avons montré que chacun, pris à part, pouvait engendrer cette affection et réaliser ce syndrome clinique. Quoique différenciés en vue d'une fonction spéciale, les tissus de la peau sont liés par une parenté originelle qui leur rend possible une évolution semblable dans le phénomène encore mystérieux de la néoplasie.

Un autre point de vue de l'*ulcus rodens* serait à étudier. Comment expliquer scientifiquement la bénignité relative de cette ulcération néoplasique?

Il faut avouer que nous ne pouvons donner ici que des probabilités.

La trame conjonctive doit jouer un rôle primor-

dial dans ce phénomène; c'est l'allure de ce tissu qui, sans doute, est en jeu, et là faudrait-il chercher la clef du mystère.

Nous relevons une opinion dans la thèse de M. Fillon, ancien préparateur d'anatomie et interne des Hôpitaux de Paris. Selon cet auteur, qui a étudié particulièrement la trame connective des épithéliomas de la peau, on observerait, dans l'*ulcus rodens*, en particulier, une transformation spéciale du tissu conjonctif intertubulaire, qui devient *muqueux*. Ce tissu muqueux est composé de fibrilles très fines et très peu colorables, contenant dans leurs mailles des cellules embryonnaires, rondes ou fusiformes, des cellules étoilées, mais surtout une matière sans structure apparente, qui n'est autre que de la *mucine* colorée en violet par la thionine (Fillon). Cette transformation muqueuse serait une cause d'étouffement des masses épithéliales et, par suite, de bénignité.

Voici une autre opinion, celle de M. C. Cröhn, de l'Université de Kiel, qui a fait sa thèse inaugurale, en 1899 sur un cas d'*ulcus rodens*.

Cet auteur qui, par ailleurs, ne s'est pas prononcé sur l'origine histologique de son cas, voit ceci dans sa préparation microscopique : au niveau du bourrelet de l'ulcération, il trouve, entre les nids épithéliaux, du tissu conjonctif très abondant, assez pauvre en vaisseaux et peu infiltré. C'est par là, dit-il, que s'explique peut-être la nature relativement bénigne de l'ulcération. Le tissu conjonctif, fortement développé, agit comme un rempart qui maintient dans les alvéoles les cellules néoplasiques; celles-ci,

déjà peu abondamment nourries par les vaisseaux sanguins, perdent leur vitalité et meurent. De plus, la croissance du tissu conjonctif comprime et refoule les voies lymphatiques, de sorte que la métastase et même la lymphite ou adénite néoplasiques sont empêchées.

En résumé, il faut chercher la cause de la bénignité dans les relations du tissu conjonctif avec les éléments néoplasiques.

Le bourrelet pathognomonique qui borde l'ulcération donne le mirage d'une digue qui enserme *l'ulcus rodens*, et réprime ses emportements. Peut-être cet effet qui paraît fantaisiste a-t-il un rapport réel avec une défense par le tissu conjonctif hyperplasié à ce niveau et comprimant les voies lymphatiques efférentes ?

D'autre part, l'évolution vacuolaire spéciale due à la dégénérescence cellulaire qu'on trouve dans les cas malpighiens, indiquerait-elle une cellule néoplasique qui meurt avant l'âge, comme frappée dans sa vitalité ?

CHAPITRE IV

Symptomatologie et pronostic

Un point remarquable dans l'étude de *l'ulcus rodens* est l'uniformité, la constance dans l'aspect de la lésion. Quelle que soit leur origine histologique tous les *ulcus rodens* se ressemblent d'une manière frappante à l'examen objectif, ainsi que dans leur évolution.

1^o MODE DE DÉBUT. — Dans une partie de la face comprenant les régions malaire, temporale, sus et sous-orbitaire et des ailes du nez, apparaît chez un sujet de l'âge mûr, une tache rouge lie de vin, très peu surélevée qui ne tarde pas à occasionner un léger prurit. Mais ce phénomène paraît de peu d'im-

portance et ne cause pas d'inquiétude au malade. Ce dernier se préoccupe d'autant moins de son mal que la marche en est plus torpide et plus indolente.

2^o PÉRIODE D'EXTENSION. — Cependant la lésion est progressive, malgré sa lenteur et la tache s'agrandit, toujours avec la coloration lie de vin; le tissu morbide n'a pas la souplesse de la peau normale; la pulpe digitale proménée à ce niveau, perçoit un léger relief et une sensation de fermeté. Toutefois, sauf un peu de prurit, la douleur est nulle, et l'absence du symptôme douleur entraîne l'insouciance du malade relativement à sa lésion. C'est ainsi que plusieurs années se passent, lorsqu'en un point du placard, peut-être avec l'aide du grattage, survient une légère ulcération.

3^o PÉRIODE D'ULCÉRATION. — L'aspect de l'*ulcus rodens* se modifie dès ce moment et acquiert un nouvel élément symptomatologique important par le phénomène qui suit: l'ulcération, toujours lentement s'agrandit, se creuse; d'autres ulcérations peuvent se former dans des points voisins et se réunir à la première. Le bord de la perte de substance prend une forme spéciale. Il se surélève en un bourrelet large environ d'un ou deux millimètres, d'aspect cireux et ininterrompu. La saillie en hauteur paraît plus accusée, puisqu'elle contraste avec le fond creusé de l'ulcération. Le fond même, mis à nu, est rouge, un peu suintant; laissée à elle-même,

la légère sécrétion se concrète en un enduit crou-
teux. L'ensemble de l'*ulcus rodens* est alors carac-
téristique et le diagnostic devient évident.



Ulcus Rodens. — Foyers préauriculaire, temporal et frontal
Type musculaire lisse (V. Obs. XII).

Le sujet, s'il est soucieux de sa santé, et qui
« s'examine », suivant l'expression consacrée, s'in-
quiète alors et va consulter son médecin. Cette sage
résolution lui sera d'un profit considérable, comme

nous le verrons plus loin. Mais la plupart des malades restent inactifs, confiants dans l'excellence de leur santé générale et laissant à la bonne nature le soin d'une guérison.

4^e PÉRIODE D'INTERMITTENCE.— L'évolution devient un peu complexe, gardant toujours une allure lente. Les malades ont, en général, un traitement empirique sous la main, traitement banal d'une plaie et consistant à peu de chose près dans l'application d'onguents inactifs et aussi, grâce aux progrès de l'hygiène, dans des soins de propreté de leur ulcère. Sous l'influence ou malgré cette thérapeutique plutôt palliative, il arrive qu'une partie de l'ulcération prend un aspect bourgeonnant et s'épidermise, formant un tissu cicatriciel rose, mais fragile, qui donne l'illusion d'une guérison partielle.

Mais l'autre partie de l'ulcération s'étend du côté opposé, ou bien de nouvelles ulcérations se forment toujours avec l'aspect caractéristique que nous avons décrit plus haut : fond creusé, bordé d'un bourrelet saillant, sorte de talus marginal.

Cette période, malgré ces intermittences de guérison et d'ulcération, nous apporte ainsi un élément nouveau de diagnostic, tiré de l'évolution. Elle se chiffre par plusieurs années de durée.

5^e PÉRIODE RONGEANTE. — A ce moment *l'ulcus rodens* peut revêtir une forme nouvelle qui n'est pas de règle, mais qui s'observe cependant avec fréquence chez les malades non traités. La lésion se

modifie dans son aspect, car l'ulcération affectant une allure vraiment envahissante, s'étend en lar-



Ulcus Rodens. — Foyer cicatriciel sous-orbitaire
Foyer ulcéreux sur le dos du nez. Type malpighien (V. Obs XIII)

geur et en profondeur. Un vaste délabrement de la face va s'opérer par la destruction progressive et

lente des régions nasale, sous-orbitaire et même orbitaire. Une horrible plaie, rouge, peu suintante va donner à cette figure humaine un aspect hideux. C'est le phase extrême du mal, phase rongeante, au vrai sens du mot.

Malgré cette lésion étendue, la santé générale du patient reste relativement bonne. Il n'y a pas de cachexie ; le système lymphatique est indemne ; les ganglions sous-maxillaires et préauriculaire ne sont pas engorgés, signe de grande valeur pour le diagnostic à toutes les périodes.

Et ce n'est pas probablement d'*ulcus rodens* que mourra le malade, mais d'une maladie intercurrente.

En résumé, en faisant des réserves au point de vue chronologique, l'*ulcus rodens* a deux formes cliniques, une forme cicatricielle et une forme rongeante. La forme cicatricielle, la première en date, se transforme généralement en forme rongeante qui appartient à la phase ultime.

Les symptômes caractéristiques sont : l'*ulcération*, entourée d'un *bourrelet* typique d'aspect *cireux*, avec un fond creusé. L'absence d'extension au système *lymphatique* et la grande *lenteur* dans la progression.

Le **pronostic** tire son caractère de la lenteur de la lésion et de l'absence de généralisation. L'*ulcus rodens* ne met pas la vie en danger ; cependant n'oublions pas sa nature néoplasique et cette considération

entrera en ligne de compte dans le traitement.

Mais remarquons surtout la tendance récidivante de cette maladie, qui est mise en lumière dans la période d'intermittences. Si l'on observe les *ulcus rodens* à cette période, on est frappé par cette alternative d'épidermisations partielles suivies de rechutes. Nous avons fait remarquer plus haut cette ténacité du mal et les variations qu'elle entraîne dans la configuration de la lésion à cette période.

Nous en avons tiré un élément symptomatologique ; le pronostic en reçoit un contre-coup et se charge en raison de la tendance récidivante. Aussi la guérison complète sera rarement affirmée ; dans tous les cas, on fera des réserves sur la possibilité d'une récurrence. Celle-ci sera, d'ailleurs, justiciable des mêmes méthodes de traitement.

CHAPITRE V

Diagnostic.

On peut confondre *l'ulcus rodens* avec plusieurs lésions ou affections de la peau.

1^o Au début, il sera facile de prendre un *ulcus rodens incipiens* pour un *naevus* ou un *angiome* ; le diagnostic différentiel peut même être impossible à cette période.

2^o Un peu plus tard, la forme cicatricielle de *l'ulcus* peut être prise pour un *lupus*, d'autant plus que certains caractères cliniques sont communs à ces deux affections. La lenteur de l'évolution, l'induration de la peau, l'indolence souvent appartiennent aux deux lésions. Le tubercule, à première vue, peut être confondu avec la nodosité du *rodent ulcer*. Aussi l'examen doit-il être méticuleux et l'observation soutenue.

Mais la marche de la maladie, avec les élancements douloureux dans quelques cas d'*ulcus*, l'examen microscopique démontrant un substratum néoplasique, feront pencher les avis en faveur du *rodent ulcer*.

On trouvera une adénite multiple, de volume modéré, dans le lupus et ce dernier appartient plutôt à l'âge adulte.

Il ne faut pas oublier aussi qu'on peut se trouver en présence des deux affections existant simultanément. Nous avons trouvé, dans la bibliographie, la relation d'un cas d'*ulcus rodens* développé au niveau d'un lupus (*Richetts, Phila. med. Times*, 1887).

3°) Les caractères spéciaux de l'*ulcus rodens* l'ont fait distinguer de la grande famille des *épithéliomas*. Toute néoplasie cutanée qui, avec une allure extrêmement lente, sans engorgement ganglionnaire, ni modification de l'état général, aura l'aspect, décrit plus haut, d'une ulcération indolente entourée d'un bourrelet induré, cireux ou de nodosités dures, prendra le nom d'*ulcus rodens*. Le diagnostic est d'ailleurs évident.

4°) Dans la *syphilis cutanée tertiaire*, l'âge moins avancé, la configuration circinée des lésions, l'absence de bourrelet autour des ulcérations ou, tout au moins, la moindre dureté des bords seront en faveur de la syphilis dont l'évolution est également plus rapide.

En cas de doute, on peut essayer le traitement spécifique, sans s'illusionner cependant, sur sa valeur dans les lésions tertiaires.

CHAPITRE VI

Traitement

Dans la bibliographie on trouve une multitude de méthodes de traitement dirigées contre l'*ulcus rodens*; les procédés eux-mêmes sont nombreux. Les récidives, si fréquentes de cette affection, expliquent l'abondance de ces moyens thérapeutiques que nous passerons en revue. Nous nous arrêterons sur ceux que l'observation personnelle nous a démontrés efficaces.

1^o) EXCISION CHIRURGICALE. — Le traitement de choix à opposer à l'*ulcus rodens* serait certainement l'excision : couper le mal dans sa racine est l'idéal de la thérapeutique. Malheureusement il est rare-

ment possible d'employer une cure si radicale; le malade atteint d'*ulcus rodens* songe tardivement à s'adresser au médecin pour un mal dont les symptômes du début sont peu alarmants.

Ce n'est qu'à une période où l'ulcération est très étendue qu'on voit arriver aux cliniques les sujets porteurs d'*ulcus rodens*, et l'excision d'un placard si grand n'est plus alors facile, ni même possible; des moyens moins radicaux que l'excision se présentent dès lors au médecin.

2^o) GREFFES. — *a*). Les greffes seront employées avec succès pour combler les vides produits par l'excision chirurgicale et rétablir l'esthétique du visage compromise par le bistouri, comme dans le cas de Williamson (Obs. I).

b). Nous rejettons la méthode consistant dans l'application directe des greffes sur l'ulcère préalablement préparé. En effet (Obs. XII), M. le docteur Carle a expérimenté cette méthode, parallèlement avec une méthode dont nous parlerons plus loin, celle du raclage suivi de cautérisations. Après avoir préparé la région, M. le docteur Carle a déposé, dans la partie inférieure de l'ulcération qui semblait le plus propice à cet essai, des fragments d'épiderme pris sur la cuisse du patient. A la partie supérieure M. Carle curetta les parties friables et fit suivre ce curettage d'une cautérisation vigoureuse au fer rouge. Il se passa le phénomène suivant: la partie supérieure de l'ulcération cautérisée et pansée à la gaze et à l'aristol se remplit de bourgeons charnus,

puis se couvrit d'un épiderme tel qu'il était impossible de savoir qu'il y avait eu là des ulcérations.

La partie inférieure, traitée par les greffes, fit de l'épiderme, mais de mauvaise qualité, qui tomba bientôt, de sorte que cet endroit resta rouge, friable et suintant. M. Carle fit alors un curettage complémentaire, suivi de cautérisations, et cette nouvelle opération fit avancer rapidement l'épidermisation.

3° MÉTHODE DES CAUTÉRISATIONS. — On a employé les cautérisations, soit chimiques, soit ignées. Les cautérisations chimiques se font au moyen du chlorure de zinc, sous forme de pâte de Canquoin; on a employé la potasse caustique (Mac Cowell, 6 cas d'*ulcus rodens*, *Med. and Surg. Report, Phila.*, 1878). L'acide arsénieux en pâte forte est à signaler.

4° MÉTHODE DES APPLICATIONS TOPIQUES ET CAUSTIQUES FAIBLES. — C'est la méthode qui contient le plus grand nombre de procédés. En voici l'énumération : Le chlorure de zinc à 1/2 en badigeonnages; l'acide pyrogallique en pommade à 10/100, employé par Kaposi, à Vienne; la résorcine en pommade, que prescrit Unna, de Hambourg; l'acide lactique, en applications quotidiennes, a donné un cas de guérison à Hollister (Hollister, 1 cas d'*ulcus rodens*, *Med. and Surg. Report Phila.*, 1887); le chlorate de potasse en poudre a rendu des services, mais il est douloureux; l'acide picrique, en solution saturée, a été préconisé; dans un cas d'Adamson (Obs. V), la guérison a été obtenue par de simples pansements

à l'huile, mais la récédive est survenue assez rapidement. Enfin, nous gardons en bonne place l'acide arsénieux en solution faible alcoolisée; c'est la méthode de Czerny-Trunececk, employée par ces auteurs dans le traitement de l'épithélioma de la face en général.

5^o MÉTHODE DES RACLAGES SUIVIS DE CAUTÉRISATIONS IGNÉES. — Cette méthode consiste à racler d'abord à la curette les croûtes de l'ulcus, puis on promène sur la surface nettoyée, la pointe rougeie du thermo-cautère. L'opération se fait tous les trois jours, avec ou sans anesthésie à la cocaïne. Un succès complet a couronné l'emploi de cette méthode chez un malade du service de M. le professeur Pollosson dont l'observation est publiée plus loin (Obs. XIV).

6^o RACLAGES SUIVIS D'APPLICATIONS TOPIQUES MÉDICAMENTEUSES. — M. le docteur Carle, chef de clinique, a eu l'idée d'associer les raclages aux applications topiques, chez un de ses malades, et cette conduite lui a valu un brillant résultat (Obs. XIII). Voici le *modus faciendi* qu'il a employé : deux fois par semaine, raclage à la curette de la surface ulcérée, ablations des croûtes. Sur le fond détergé, rouge, on applique une compresse trempée dans la solution arsénicale faible de la méthode de Czerny, dont la formule est :

Acide arsénieux	1 gr.
Alcool)	
Eau } ââ	75 gr.

La compresse est maintenue à l'aide d'un bandage et on la renouvelle tous les jours. L'amélioration ne tarde pas à se manifester par une bonne épidermisation. On renforce alors la dose arsénicale en employant la formule suivante :

Acide arsénieux	1 gr.
Eau { ââ	40 gr.
Alcool { ââ	

Puis, on peut encore arriver à la solution plus concentrée de :

Acide arsénieux	1 gr.
Eau { ââ	30 gr.
Alcool { ââ	

Dans le cas de M. le docteur Carle, l'amélioration a marché rapidement, au point qu'une guérison complète, inespérée, a été obtenue en trois mois.

Nous avons suivi, jour par jour, les étapes de cette guérison et, parmi les multiples méthodes préconisées dans le traitement de l'*ulcus rodens*, nous sommes heureux d'en faire remarquer une qui ait à son actif un aussi beau succès.

Observations.

OBSERVATIONS I et II

(Cas de M. WILLIAMSON, présentés à la *Northumberland and Durham medical Society*. Compte rendu in *Brit. medic. Journal*, 1896.)

1^o *Ulcus rodens* de la grandeur de la paume de la main et siégeant au front. On fit l'excision et la lacune fut comblée avec assez de bonheur par des greffes de Thiersch.

2^o Femme de 42 ans, présente, depuis cinq années, un ulcère occupant le côté gauche de la figure et du crâne, et comprenant l'œil, le nez et l'oreille. L'affection a débuté par une petite blessure, due à un léger coup. La base était rouge, glacée, vernissée d'une façon typique; le bord était ferme, caractéristique de l'*ulcus rodens*.

OBSERVATION III

(Cas de HUTSCHINSON (junior), présenté, à cause de la rareté de sa localisation, à la *Path. Society. London*, in *Brit. Médic. Journal*, 1896).

Femme de 45 ans, présente un *ulcus rodens* à l'avant-bras, localisation très rare. L'ulcère a les bords élevés qu'on trouve ordinairement dans cette affection, et sa surface est recouverte d'une croûte sèche.

A l'examen histologique il n'y avait pas de « nids épithéliaux » et le réseau de Malpighi se continuait dans l'épithélium de la production morbide. Les glandes sudoripares et sébacées sont intactes.

Durée de l'affection : deux ans. Pas d'infection lymphatique.

OBSERVATION IV

(Cas de M. HARTZELL, in *New-York med. Journal*, 1898.)

Sujet jeune, présente un *ulcer rodent* siégeant sur la région malaire gauche. A côté de cet ulcère se trouvent encore quelques nodosités à forme papillomateuse sur le nez, avec tendance à l'ulcération, et de même structure que l'*ulcer* principal.

OBSERVATION V

Cas de M. ADAMSON, présenté à la *Dermatological Society of London*.
Janvier 1899.)

Femme de 70 ans, qui se fit, il y a 10 ans, une petite plaie de la grosseur d'une tête d'épingle à la face. Pendant trois ans, l'affection se manifesta par la présence d'un petit ulcère recouvert d'une croûte.

En juillet 1898, le côté droit du front, jusqu'à la lisière des cheveux, est occupé par une plaque rectangulaire de la superficie de trois pouces, ulcérée au centre, avec une partie cicatriciée et bordée, à la périphérie, par un bourrelet induré et quelques nodules rouges.

La guérison est obtenue en un mois, à l'hôpital, par de simples pansements à l'huile; il persiste encore le bourrelet et les nodules.

En décembre 1898, récurrence de l'ulcération avec extension. C'est à ce moment qu'a lieu la présentation.

OBSERVATION VI

(Cas de ISRAEL, in *Archiv. für Klin. Chir.*, 1898.)

S. H..., 76 ans. *Ulcus rodens* de nature épithéliale. Nez changé en tissu cicatriciel, dépérissant de tous côtés et comme fondu. La partie externe de l'aile droite, de même que la région bordant la joue et la lèvre supérieure est occupée par un ulcère recouvert de croûtes épaisses. Au voisinage de

celui-ci, placards séborrhéiques, allant de la grosseur d'une tête d'épingle à celle d'une lentille. Début d'une légère ulcération. Le processus dure depuis 17 ans. Pas de traces de syphilis.

Rugination à la cuiller coupante, et cautérisation au crayon de chlorure.

Guérison.

OBSERVATION VII

(*Ulcus rodens*. Cas de Christophe CROHN.
Thèse de l'Université de Kiel, 1899.)

Mme S..., journalière de Kiel, se présente à la clinique chirurgicale de la ville, le 13 février 1899. Elle souffrait, depuis 20 ans, d'un ulcère au nez qui devait avoir amené progressivement la destruction partielle de l'aile droite. On diagnostique l'*ulcus rodens* et on lui conseille de se faire admettre ici à l'hôpital Ansehar, ce qu'elle fit le 20 de ce même mois. Elle prétend avoir une famille saine et n'avoir jamais eu d'autre maladie. Elle ne peut rien dire d'un traumatisme reçu auquel on pourrait rapporter l'affection nasale, pas même si des cas analogues se sont présentés dans sa famille. Elle prétend n'avoir jamais irrité son nez par des habitudes quelconques, par exemple en le grattant.

Trois accouchements. Syphilis absolument niée.

Etat à l'entrée : Femme maigre, de musculature et pannicule adipeux moyens.

Rien d'anormal aux viscères thoraciques et abdominaux. La face offre une expression sourdement irritée et attristée, produite surtout par la position abaissée du pli naso-labial. Le nez, dans la partie saine, est rouge sombre, d'une couleur se rapprochant du brun cuivre.

L'aile droite est presque complètement détruite. La partie

au-dessus, jusqu'à la limite inférieure de l'os du nez, est privée des couches cutanées supérieures et couverte de croûtes jaunes et brun foncé. La formation néoplasique passe sur le côté gauche, mais laissant cependant intacte l'aile gauche. Le bord de l'ulcère n'est pas très élevé, cependant un peu plus dur que les alentours, pas très découpé ni renfoncé. Pas de nodosités visibles sous les croûtes ; la profondeur est d'environ 4 à 6 millimètres. Pas d'engorgement ganglionnaire dans les régions préauriculaire et sous-maxillaire.

Le 23 février, opération consistant dans l'excision du tissu néoplasique et de la partie inférieure du septum. Le délabrement est recouvert avec un lambeau frontal dont la tige nourricière tient au sourcil droit. La peau qui manque, par suite, au front est remplacée par une greffe prise à l'avant-bras.

Le 25, température de 39°5. La malade se plaint du côté du thorax. On trouve de la pneumonie catarrhale.

Le 27, ablation des fils ; réunion par première intention. La pneumonie évolue à droite.

Le 6 mars, extension de la pneumonie à gauche. — Départ de la malade le 15 mars — Mort 14 jours après, par suite d'une rechute de l'affection pulmonaire.

OBSERVATION VIII

(Cas de K. KREIBICH. — Clinique KAPOSI, à Vienne. In *Archiv für Dermat. und. Syph.* 1898).

Homme de 67 ans, porteur de plusieurs nævi et d'un eczéma sec et desquamant.

Ce malade est atteint, depuis quatre ans, d'une affection circonscrite de la peau, formant une surface morbide surélevée,

entre les deux omoplates, prédominant à droite de la ligne médiane et mesurant six centimètres de diamètre.

On trouve: un bord induré large, par places, de deux à quatre millimètres, de coloration rouge livide, et couvert de squames et de croûtes adhérentes. Une aire centrale d'apparence cicatricielle, dans laquelle sont disséminées huit à dix nodosités, visibles à l'œil nu, variant comme grosseur, d'un grain de chénevis à une lentille. La piqure de ces nodosités donne issue à une matière blanche à consistance de bouillie.

Examen microscopique. — Si, du tissu sain, on se dirige vers le centre, on voit, au niveau de la muraille (bourrelet) visible macroscopiquement, la couche des cellules à aiguillons proliférée. Cette prolifération, formant des bourgonnements, est limitée dans la profondeur, en forme de demi-sphères manifestement dégagées de l'épiderme, ou bien en relation avec une mince tige de cet épiderme. En réalité, grâce à la coloration intense du noyau, les cellules néoplasique se distinguent nettement de la cellule normale.

Il y a donc une espèce de placard néoplasique qui se rattache à l'épiderme par deux ou trois fines tiges.

De ce placard partent en largeur de fines ramifications formées par des groupes de cellules fortement colorées et, en profondeur, un large appendice qui réalise la jonction de ce placard avec des placards plus profonds, situés dans la région des glandes sudoripares.

En même temps, les altérations du tissu conjonctif entourant les foyers consistent dans l'inclusion de grandes cellules triangulaires ou fusiformes, munies de gros noyaux très colorés en violet livide par le bleu de méthylène et en bleu livide par l'hématoxiline: C'est du tissu conjonctif jeune qui devient adulte. A distance assez grande des foyers apparaissent des leucocytes mononucléaires autour des vaisseaux ou amassés autour des lymphatiques.

Dans cette peau altérée, on voit des nids épithéliaux proliférés, contenus au large dans la capsule conjonctive.

Au niveau des ulcérations, on trouve une métarmorphose de nécrose des cellules qu'on suit grâce à de petits restes de noyaux provenant nettement de noyaux vacuolés, de sorte

que les cellules centrales ne sont plus reconnaissables. Ces cellules centrales sont, en effet, mal colorées, ou bien à un degré de déchéance plus avancé, le centre ne forme plus qu'une masse indéfinissable.

Ces types différents de cellules sont dus à une même altération régressive.

Les nodosités sont entourées d'une mince couche de tissu conjonctif néoformé ; puis on trouve plus loin une couche multiple de cellules saines que suit le centre homogène colorable par les couleurs acides. La transition est, ou non brusque.

Les altérations de la peau, dans les préparations prises sur les bords, nous montrent du tissu fibreux, mêlé de cellules rondes, le long des vaisseaux et avec de nombreuses cellules géantes. A ce niveau, la peau est recouverte d'un épiderme mince, privé de pigment, avec une mince couche cornée ; cet épiderme n'envoie pas de bourgeonnement dans la profondeur. Absence des glandes sébacées, sudoripares et des follicules.

OBSERVATION IX

(Cas de K. KREIBICH, in *Archiv. für Dermat. und Syphilis*, 1898.)

Ulcère de la joue depuis 4 ans, de la largeur d'une pièce de un centime. Cavité centrale superficielle avec croûte. La croûte enlevée, on a sous les yeux une surface brillante, humide avec des bords peu élevés et finement mamelonnés.

OBSERVATION X

(Cas de K. KREIBICH, in *Archiv für Dermat. und Syphilis* 1898.)

Ulcus rodens de la largeur d'un centime, sur le dos du nez ; il saigne vivement si on enlève quelques croûtes. Le centre est ulcéré et entouré d'un bord dur.

OBSERVATION XI

(Cas de K. KREIBICH, *in Archiv. für Dermat. und Syph.*, 1898.)

Cas d'*ulcus rodens*, constitué par deux pertes de substance de la peau de la largeur d'un centime, séparées par un pont de peau saine et situé dans la région naso-labiale gauche ; ulcérations légèrement creusées avec une surface lisse et brun rouge, recouverte d'une sécrétion cireuse, sèche comme d'une pellicule. Les bords, peu élevés, portent, par places, des nodosités de la grosseur d'un grain de chénevis, recouvertes par un épiderme brillant.

Au point de vue histologique, les trois cas IX, X, et XI sont semblables.

Examen histologique commun à ces trois cas.

A la profondeur de un millimètre et demi, on voit la néoformation sortir de la couche des aiguillons (réseau de Malpighi) ou de l'épithélium des follicules, et dans tous les cas, les cellules proliférées se distinguent nettement du tissu normal par leur coloration intense et leur forme fuselée.

Sur les bords, on trouve des foyers épithéliaux immédiatement sous l'épiderme et s'y rattachant. En allant vers le milieu les nids isolés croissent en grandeur et en profondeur, mais on trouve toujours leur réunion par des tiges avec l'épiderme.

Au niveau de l'ulcération, il en est autrement de la continuité avec l'épiderme. Là, en cette région où l'épiderme ne se reconnaît plus, ou presque plus, on trouve des trainées de cellules cylindriques qui, dans un des cas, feraient penser à de l'épithélioma glandulaire, parce qu'elles consistent dans une double rangée de cellules cylindriques fortement colorées.

En certains points, les amas cellulaires ont différentes formes : étoiles, trèfles, etc.

A côté de ces traînées (lobules) on trouve aussi, en minorité, de petits foyers étirés en angles aigus, entourés de tissu conjonctif jeune, et dont les cellules sont fusiformes.

Dans ces trois cas, métamorphose de nécrose centrale et, dans l'un, liquéfaction de quelques centres lobulaires, formant des vacuoles à liquide hyalin avec des débris cellulaires; ces vacuoles correspondent aux nodosités macroscopiques des bords de l'ulcus.

OBSERVATION XII

Clinique de M. le professeur GAILLETON.

(Due à l'obligeance de M. le Dr Carle, chef de clinique.)

M. J..., âgée de 50 ans, domestique à Lyon, entre, le 15 mars 1900, dans le service de M. le professeur Gailleton, à la clinique des maladies cutanées et syphilitiques.

Peu de chose à noter dans ses antécédents héréditaires ou familiaux. Sa mère est morte, à 73 ans, d'un néoplasme utérin. Son mari est mort à 78 ans. Elle a une fille de 22 ans, bien portante.

Elle-même a toujours eu une excellente santé, sauf une péritonite *post partum* dont elle s'est tirée sans complications ni suites. Pas de verrues dans sa jeunesse, ni depuis.

Son histoire pathologique débute en juin 1894, il y a six ans, par conséquent. Elle s'aperçut, à cette époque, de la présence, au niveau de la région temporale, d'une petite tache rouge de la grosseur d'une lentille.

Elle siégeait plus près de l'œil que de la racine des cheveux, et consistait essentiellement en une macule rouge vif. La malade insiste sur ce fait, qu'au début elle n'a jamais senti de relief à ce niveau, ni eu la sensation d'une induration sous-jacente; cela ressemblait, nous dit-elle, à une tache de sang. Il n'y avait ni douleurs spontanées ou provoquées, ni prurit; un léger suintement, semblable à de l'eau, à la surface.

Cette première période de la maladie, caractérisée par une macule rouge-vif, indolente, non prurigineuse et suintante, dure jusqu'au début de 1895. On note seulement l'extension progressive de la lentille primitive qui a pris le diamètre d'une pièce de 50 centimes, toujours avec les mêmes caractères.

Pendant l'hiver 1894-1895, la malade va à Cannes, où on cautérise la tache avec du nitrate d'argent. Les effets immédiats paraissent bons, la peau semble redevenir normale. Puis, peu après, tout autour de la lésion primitive relativement améliorée, se crée un cercle concentrique constitué par une lésion nouvelle absolument analogue à la précédente, laquelle reprend, d'ailleurs, assez vite les caractères du début. La lésion s'étendait sur l'espace d'une pièce de 1 franc. A ce moment, le suintement devient de plus en plus marqué, l'épiderme prend un aspect lisse, une teinte rouge cicatricielle, semble se mortifier, sans disparaître cependant.

Les bords sont nets, mais sans bourrelet appréciable. Pas de relief, mais sensation d'induration au doigt. Pas de douleurs. La lésion persiste ainsi lentement à grandir jusqu'au diamètre d'une pièce de 2 francs, sans nouveaux caractères, jusqu'en mars 1897.

A cette époque apparaît, au centre de la plaque, une petite ulcération de la dimension d'une tête d'épingle; celle-ci s'étend très lentement, sans creuser beaucoup, restant plutôt superficielle.

Traitée par l'acide phénique, elle présente, dès ce moment, des alternatives de croissance et de guérison, guérison locale relative d'ailleurs, car la malade spécifie bien que jamais l'épiderme ne reprenait sa couleur normale. A la suite des applications de caustiques ou d'antiseptiques survenait un épiderme cicatriciel, rose, suintant, au-dessous duquel persistaient des granulations rouges, dit-elle, qui détruisaient peu à peu la mince couche épidermique de nouvelle formation.

La lésion atteint alors le diamètre d'une pièce de 5 francs; au centre elle est bourgeonnante, rouge; des croûtes se forment au-dessous desquelles s'accumule du pus. A cette époque encore apparaît, à la limite, un bourrelet que la malade sent facilement et constitué par une surélévation de la peau saine.

L'année 1898 est marquée par l'apparition de deux nouveaux

foyers, l'un sur le milieu de la région frontale, l'autre sur la joue près de la commissure droite. Tous deux suivent la même évolution que le précédent : macule rouge, plaque suintante et infiltrée, ulcération croûteuse et superficielle et bourrelet, avec une rapidité bien plus grande, cependant, puisque, dans le courant de l'année 1899, le foyer frontal avait déjà fait son évolution et se confondait avec le premier.

Cette année 1899 n'est marquée que par le progrès lent et incessant de l'ulcération qui atteint le sourcil en avant, l'oreille en arrière, le cuir chevelu en haut, avec les caractères que nous allons maintenant décrire.

Pendant toute cette période, rien à signaler dans l'état général, toujours satisfaisant ; quelques céphalées passagères. Pas de douleurs locales, tout au plus quelques démangeaisons. Névralgies de temps à autre, peu intenses et de courte durée.

La malade entre à l'hôpital, salle Ste-Agnès, le 20 mars 1900. La lésion présente l'aspect suivant : elle a actuellement les limites suivantes : en haut la lésion du cuir chevelu, sur une longueur de plusieurs centimètres, est délimitée par un rebord net, comme coupé au couteau ; en avant, elle se prolonge jusqu'au milieu du front, s'amincissant peu à peu ; le foyer frontal est encore séparé par une sorte d'isthme du grand foyer temporal. Elle descend ensuite jusqu'à deux centimètres au-dessous de l'arcade zygomatique en empiétant sur la partie externe du sourcil, puis la limite remonte en passant devant le tragus, presque au-dessus de l'oreille, où elle rejoint la limite du cuir chevelu ; en somme, une lésion très étendue occupant toute la moitié supérieure de la joue droite.

L'aspect en est variable suivant la région. Dans la plus grande partie, le fond en est faiblement mamelonné, granuleux plutôt que bourgeonnant. Ces petits mamelons sont d'un rouge assez vif, presque chair musculaire, les intervalles entre eux sont plus ternes, plutôt jaunâtres. Le fond est sillonné par deux ou trois travers d'épiderme cicatriciel, allant de l'un des bords à l'autre, mais assez aminci pour permettre de deviner sous l'épiderme le tissu ulcéré sous-jacent.

La lésion est, en général, très superficielle, les bourgeons sont au niveau de l'épiderme sain, sauf en deux points. Près de l'oreille et surtout sur la peau du sourcil se trouvent deux

vraies ulcérations, profondes, à bords taillés à pic, à fond gangreneux et anfractueux. La seconde logerait facilement une petite noisette et creuse d'une cavité profonde et indurée toute la queue du sourcil. La base est, en général, peu indurée, sauf au niveau de l'ulcération sourcillière : c'est une induration en nappe, immédiatement sous-jacente à la lésion, terminée avec son bourrelet marginal et donnant la sensation de superficialité.

Le bourrelet de la périphérie est des plus nets sur tout le pourtour, sauf au niveau du cuir chevelu. Il a deux ou trois millimètres de hauteur ; il est assez saillant, facile à sentir avec le doigt, à cause de sa dureté nette et localisée. A son niveau, l'épiderme aminci, fréquent à la périphérie, se confond avec l'épiderme sain, qui se trouve immédiatement en dehors, d'où l'aspect cireux assez caractéristique qu'il revêt. Tout ce fond est uniformément suintant. La sécrétion en est gommeuse, jaunâtre, assez abondante. Avant que l'on eût nettoyé la place, elle s'était concrétée en croûtes planes, peu épaisses, peu adhérentes, noirâtres.

Les bourgeons donnent au doigt la sensation de dureté, ils ne sont certainement ni fongueux, ni friables. Cependant, ils saignent avec une grande facilité et assez abondamment au moindre contact, à plus forte raison si on les gratte. Les manœuvres sont bien supportées et la douleur n'apparaît qu'à un traumatisme plus sérieux.

Il n'y a pas de ganglions et il n'y en a jamais eu en aucun point. L'état général est excellent. Rien dans les urines. Pas d'amaigrissement, jamais de fièvre.

Pendant les premiers temps, l'incertitude où l'on était sur le diagnostic fit essayer le traitement spécifique. On soumit la malade aux injections mercurielles, pendant que, localement, on poudrait de calomel avec lavages antiseptiques. Le seul résultat fut de transformer la sécrétion, qui devint franchement purulente et plus copieuse. On pansa alors tous les trois jours à l'aristol et l'on obtint une cicatrice relative.

Mais l'épiderme étant de mauvaise qualité, venait partiellement, créant des brèches qui s'agrandissaient et formaient une large ulcération.

20 juin 1900, — M. Carle, alors interne du service, essaya un traitement mixte avec des greffes épidermiques et de la cautérisation. Après avoir, pendant quelques jours, préparé la région par les lavages antiseptiques faibles et les irritations superficielles sur les parties atones, toute la partie inférieure de la lésion présentait l'aspect de petits bourgeons charnus bien propres à cet essai. Les fragments d'épiderme pris sur la cuisse furent déposés à cet endroit. Dans la partie supérieure, au niveau des ulcérations auriculaires et surtout sourcilières, M. Carle curetta toutes les parties friables et sanguinolentes. Ce curettage fut suivi d'une vigoureuse cautérisation au fer rouge de toutes les parties ulcérées. Une portion fut prélevée près du bourrelet sourcilier pour être soumise à l'examen anatomo-pathologique.

Comme cet examen le faisait prévoir, les greffes eurent peu de succès. Elles firent pourtant de l'épiderme, mais de qualité aussi douteuse que celui qui se formait spontanément. Au contraire, après trois semaines de pansement à la gaze iodoformée ou à l'aristol, toutes les portions cautérisées réagirent vigoureusement. Des bourgeons charnus vrais firent leur apparition au niveau des ulcérations et, en peu de temps, il n'en restait rien. La peau gagnait peu à peu de la périphérie au centre, couvrant les ulcérations comblées. En tout la grosse cavité anfractueuse de la queue du sourcil, celle de la joue et de l'oreille avaient entièrement disparu, recouvertes d'une peau absolument saine, au point qu'il était impossible de savoir, s'il y avait eu là des ulcérations.

L'épidermisation gagna peu à peu, par la suite, mais très lentement, et toute la moitié inférieure restait rouge, friable, granuleuse et suintante.

Guidé par ces résultats, M. Carle fit une seconde opération, le 20 septembre. Après avoir cureté toute la surface malade et fait disparaître toutes les granulations, il cautérisa fortement la région insistant surtout sur les bords et au niveau des points ulcérés. Malgré une suppuration en nappe assez abondante les jours suivants et un arrêt de quelques jours, l'épidermisation reprit son œuvre toujours de la même manière, gagnant concentriquement de la périphérie au centre.

On pansa la malade à l'acide picrique ou au nitrate d'argent

sur les points trop exubérants. Quelques pointes de feu localisées quand de petites ulcérations paraissaient vouloir se former.

Actuellement la plus grande partie de la lésion est recouverte d'épiderme solide. Au centre persiste une portion grosse comme une pièce de 2 francs, avec un épiderme aminci et fragile, qui semble, par sa continuation directe avec l'épiderme ambiant, devoir en prendre peu à peu les caractères.

Examen histologique d'un fragment prélevé dans le point le plus bourgeonnant du bourrelet (au niveau de l'ulcération sourcilière).

Au microscope, les coupes semblent avoir intéressé le bourgeon suivant un sens perpendiculaire à son axe central, car on constate, à sa périphérie, une coque hémorragique qui fait un anneau complet. Cette coque hémorragique est relativement récente.

Il y a bien, par places, du caillot récent fibrineux et déjà hyalin, mais la plus grande partie de l'anneau hémorragique est fourni par des globules rouges emprisonnés par de la fibrine fibrillaire. En un point immédiatement sous-jacent à la coque hémorragique on trouve une petite limite d'épithélium du type malpighien. En dehors d'elle, l'axe du bourgeon présente une constitution exclusivement cellulaire qui, suivant les points que l'on observe, présente des caractères histologiques différents. Pour une grande part, cette partie centrale offre des cellules fusiformes, souvent assez volumineuses, à noyau bien visible, à fuseau protoplasmique un peu rose. Ces cellules fusiformes sont dispersées en tourbillons de faible amplitude. Les trainées qui exécutent les tourbillons sont souvent en continuité de tissu avec des cellules fusiformes aussi, mais plus allongées, plus minces, qui prennent un protoplasma contenant, lui, une substance qui, au picro-carmin, prend une teinte rouge acajou.

Enfin, ces dernières cellules prennent une petite striation fine suivant leur grande axe. Le noyau de ces dernières cellules ne paraît plus vésiculeux et prend une forme en bâtonnet. Les

dernières cellules sont incontestablement des *fibres musculaires lisses* qui sont très aisées à distinguer des autres cellules fusiformes et l'on passe des unes aux autres par des transitions insensibles. On peut se demander si, véritablement, il y a des formes cellulaires plus embryonnaires. En effet, il y a, dans cette partie centrale du bourgeon, des zones de cellules rondes à protoplasma vésiculaire à peine visible, à noyau bourgeonnant et peu homogène. Mais ces zones de cellules rondes peuvent tout aussi bien être des cellules dues à une infection de surface. Toutefois, rien ne permet, dans le cas particulier, de la distinguer nettement, et l'on ne peut pas dire, si vraiment elles répondent à des points dits « sarcomateux » de la tumeur, ou à des points d'inflammation banale superficielle. Toutefois, le diagnostic de léiomyome est indiscutable. La qualité de tumeur jouissant au moins d'une certaine malignité est surabondamment prouvée par les formes de cellules en fuseau sans substance musculaire.

OBSERVATION XIII

Clinique de M. le professeur GAILLETON

(Due à l'obligeance de M. le Dr CARLE, chef de clinique).

V. L..., 62 ans, meunier.

Père et mère morts de maladie inconnue. 14 frères et sœurs dont on ignore l'état de santé. Marié à 27 ans, 3 fils dont l'un mort de tuberculose pulmonaire ; les deux autres vivants et bien portants.

Pas d'alcoolisme ni de syphilis. Le malade n'a pas souvenir d'une maladie antérieure quelconque. Il a fait 7 ans de service militaire avec 14 campagnes, toujours en bonne santé.

Il y a 12 ans, dans une lutte, le malade a éprouvé un traumatisme, déterminé par un coup d'ongle porté, par son adversaire, dans la région de l'angle interne de l'œil droit et la partie

latérale droite du nez. Il en résulta une hémorrhagie assez forte. Le traitement consista en simples lotions à l'eau froide, sans protection de la plaie, qui guérit sans suppuration.

Six ans après, le malade éprouve des démangeaisons qui appellent le grattage dans la région sous-palpébrale droite ; puis insensiblement apparaît de l'érythème, de la dureté de la peau à cet endroit ; enfin surviennent des croûtes que le malade enlève en se grattant.

Plusieurs applications de remèdes empiriques eurent lieu.

La lésion évolue lentement, en six ans, se manifestant toujours uniquement par des démangeaisons offrant, à la vue une surface quelque peu croûteuse superficiellement et érythémateuse au-dessous.

Il y a une année, le malade a remarqué un changement dans l'évolution et la forme de son mal. Il a vu se former, puis grandir une ulcération débutant dans l'angle interne de l'œil droit, sur la lésion primitive ; cette ulcération s'est agrandie, rongant le tissu cutané jusqu'à la face latérale droite du nez. Alors il s'effraye et vient à la clinique de M. le professeur Gailleton, le 10 janvier 1901.

A l'entrée, on constate : 1° une plaque indurée, érythémateuse, de la largeur d'une pièce de 5 francs, parsemée de quelques points croûteux, occupant les régions sous-orbitaire et jugo-malaire droites ; 2° continuant la plaque, une ulcération de trois centimètres de long sur deux de large, occupant l'œil droit, et la face latérale droite du nez, jusqu'à la ligne médiane. L'ulcération est bordée, de ce côté, par un bourrelet induré très net. Sur le bord de la paupière inférieure se trouve une légère ulcération ; la paupière elle-même est rétractée légèrement en bas, comme attirée par le tissu érythémateux de la région sous-orbitaire. Ses ganglions sous-maxillaires sont indurés des deux côtés : ils paraissent en relations avec des lésions dentaires.

On fait le diagnostic *d'ulcus rodens* à forme primitivement cicatricielle, puis mixte, formes cicatricielle et rongeante réunies.

M. le docteur Carle, chef de clinique, fait d'abord, comme traitement, des pansements antiseptiques : l'état reste stationnaire. Puis, le diagnostic *d'ulcus rodens* ayant été confirmé

par l'examen histologique, M. le Dr Carle applique la méthode de Czerny-Trunececk, laquelle consiste dans des applications d'une solution alcoolisée d'acide arsénieux à dose faible. L'aspect de la lésion bénéficia par ce traitement continué pendant quinze jours, d'une amélioration certaine mais assez lente.

C'est alors, que M. le Dr Carle eut l'idée de curetter préalablement la surface morbide en un point limité, pour y appliquer ensuite la solution arsénicale. Au point ainsi traité on vit alors apparaître une épiderme rosé qui se continuait avec la peau normale.

Ce résultat rapide encouragea M. Carle dans la voie de ce nouveau procédé, lequel fut appliqué méthodiquement à la totalité de la lésion et réglé ainsi : raclage à la curette deux fois par semaine et application renouvelée quotidiennement de la solution arsénicale avec la formule suivante :

Acide arsénieux.....	1	gramme
Alcool } à â.....	75	—
Eau }		

L'épidermisation s'étend, l'ulcère se rétrécit et, à la date du 1^{er} mars 1901, la moitié de l'ulcération est cicatrisée.

On concentre la solution arsénicale en employant la formule suivante :

Acide arsénieux.....	1	gramme
Alcool } à â.....	40	—
Eau }		

Fin mars, le dos du nez seul est encore ulcéré; c'est le point de la lésion où le bourrelet a toujours été le plus marqué; c'est également le point le plus réfractaire au traitement. On porte la solution à une dose plus forte d'acide arsénieux :

Acide arsénieux.....	1	gramme
Alcool } à â.....	30	—
Eau }		

Enfin, à la date du 30 avril 1901, il ne reste plus qu'un point insignifiant de perte de substance sur le dos du nez; tout le

reste a disparu : ulcère et bourrelet. A signaler aussi l'état de la paupière inférieure droite qui, porteur d'un point ulcéré et retraits vers le bas, à l'entrée du malade à la clinique, est cicatrisée maintenant. Le tissu érythémateux et induré de la région sous-orbitaire est devenu souple et rose; la rétraction de la paupière est corrigée.

*Examen histologique pratiqué par M. le Dr Charvet,
préparateur au Laboratoire d'Anatomie pathologique.*

Les coupes pratiquées portent sur des fragments prélevés en deux points de la lésion.

A). *Bords de l'ulcération.* — Ici, la plus grande partie des coupes est occupée par la peau et le tissu conjonctif normal avec leurs dimensions et leur coloration habituelles. Toutefois en un point de la préparation, on trouve les couches superficielles et profondes occupées par une masse diffuse, d'aspect réfringant, se colorant mal par le picro-carmin, et qui paraît être une zone de mortification et de désintégration de la tumeur. De plus, dans la profondeur, on voit apparaître des points néoplasiques nets, se présentant suivant la direction des coupes, soit sous forme d'îlots arrondis et isolés, soit sous forme de cylindres épithéliaux plus ou moins parallèles, à direction perpendiculaire à la surface de la peau. Ces points apparaissent nettement colorés en rouge, au milieu du stroma plus pâle, et l'on peut déjà reconnaître aisément la forme pavimenteuse des cellules.

B. — *Bourgeons du fond.* — Ici, le néoplasme occupe toute la surface de la préparation. Sur les coupes transversales, on retrouve les îlots arrondis, apparaissant constitués par des cellules polygonales, volumineuses, disposées en couches concentriques, rappelant à la périphérie l'aspect de la couche génératrice de Malpighi. Le centre de ces îlots ne présente pas d'infiltration par la substance cornée; jusqu'au centre, on retrouve partout les cellules avec des dimensions variables, mais avec leurs caractères nets, et en aucun point il n'y a de globes cornés vrais. Le stroma qui s'étend entre ces îlots est

disposé en nappes présentant une structure nettement fasciculée, un peu ondulée, sans infiltration cellulaire, se colorant en rose pâle, par le carmin. A côté de ces points, on retrouve des nappes d'hémorragies interstitielles ou des zones de désintégration, comme plus haut.

En résumé : épithélioma du type malpighien, de malignité moyenne, avec infections secondaires, mortification et ulcération par places.

OBSERVATION XIV

Service de M. le professeur M. POLLOSSON.

(Due à l'obligeance de M. Jolly, interne des Hôpitaux, 1901.)

Antoine P. : *ulcus rodens* de la joue. Salle Carnot.

Rien dans les antécédents. Début il y a 18 ans. A cette époque, le malade s'aperçoit, juste en avant de l'oreille, de la présence d'une petite tache rouge, grosse comme la moitié d'une pièce de cinquante centimes. Celle-ci, avec une légère démangeaison, mais sans s'ulcérer encore, s'accroît très lentement, puisque le malade ne voit un médecin qu'il y a six ans et, à cette époque, la tache, avec un commencement d'ulcération au milieu, avait la grosseur d'une pièce de un franc. Comme l'ulcération s'étendait, on fait un premier grattage qui amena une guérison relative par la présence d'un épiderme rouge sur l'ancienne ulcération. Quelques mois après, l'ulcération reparait au même endroit et, cette fois, s'étendait plus rapidement, mais sans que d'autres points ulcérés se créent autour d'elle. Le malade entre, à ce moment, à l'Hôtel-Dieu, salle Carnot, dans le service de M. le professeur Pollosson.

A ce moment, le malade était porteur d'une ulcération assez régulièrement circulaire, un peu plus grosse qu'une pièce de cinq francs, toujours située vers l'oreille, mais ayant envahi la joue. Cette ulcération était caractérisée par un fond rouge

bourgeonnant et saignant, entouré par un bourrelet des plus nets, surtout marqué à la partie antérieure de l'ulcération. De petits bourgeons nodulaires rougeâtres se retrouvent sur le fond de la lésion et environnent la périphérie, ce qui avait fait croire d'abord à un lupus. Après divers essais de pansements, le traitement spécifique et autres sans résultat, on procède au raclage vigoureux de la surface ulcérée, suivi d'une forte cautérisation, aussi complète que possible. Dès lors, l'épiderme se fait rapidement et le malade sort complètement guéri. A signaler seulement, un peu de rétraction cicatricielle qui attire l'oreille en avant.

*Examen microscopique pratiqué par M. le professeur
agréé Pariot.*

Les coupes montrent que la tumeur est creusée d'une cavité anfractueuse qui contient des débris cellulaires et surtout du sang.

Sur les parois de cette cavité se trouvent, s'étendant à une assez grande distance, des formations cellulaires ayant tous les caractères du type ectodermique et formant des tubes pleins, renflés çà et là, souvent anastomosés. Ces tubes pleins ont constamment, à la périphérie, une ligne de cellules cubiques ou cylindriques, rappelant une couche génératrice. Dans les parties où les tubes se renflent, les cellules qui les remplissent ont une tendance manifeste à se mettre en bulbe en s'imbriquant. Enfin, en plusieurs points renflés, outre les globes épithéliaux, on voit apparaître des cellules en plaquettes à éclat gras; mais il n'y a pas, à proprement parler, de globes cornés. Fait assez particulier : la tumeur apparaît sous la peau ou plutôt elle envahit les annexes de celle-ci, glandes et bulbes pileux, arrive jusqu'à la face profonde de l'épiderme, mais respecte celui-ci, tout au plus l'amincit, dépliant ses papilles, si bien que, jusqu'au bord même de la cavité anfractueuse, une couche cornée épaissie, s'avance et est coupée comme à l'emporte-pièce. En somme, *cancer du type ectodermique* et à disposition tubulaire et non alvéolaire.

CONCLUSIONS

1° *L'ulcus rodens* est une affection néoplasique de la peau à tendance ulcéreuse, caractérisée par une ulcération superficielle à fond bourgeonnant, friable et saignant, nettement limité par un bourrelet d'aspect cireux. Son évolution se fait en plusieurs années, sans propagation ganglionnaire, ni atteinte de l'état général avec des alternatives d'épidermisation incomplète et passagère. L'uniformité de ses symptômes objectifs et de son évolution est un des caractères essentiels de *l'ulcus rodens*.

2° A ce critérium clinique très net ne correspond pas un critérium anatomo-pathologique aussi précis. Le microscope a démontré que cette forme spéciale de néoplasie peut prendre naissance dans tous les éléments de l'ectoderme cutané : glandes sé-

bacées, appareil sudoripare, muscles érecteurs, follicules pileux et surtout réseau de Malpighi.

3^o On est autorisé, si la lésion n'est pas trop avancée, ou si le malade refuse une intervention plus radicale, à employer quelques topiques médicamenteux : l'acide picrique et l'acide arsénieux, suivant la méthode de Czerny-Trunececk. Il est préférable de faire, tout d'abord, le curettage complet de la surface bourgeonnante dans un premier temps. Dans un deuxième temps, on cautérise au thermocautère, ou bien on badigeonne au moyen de la solution d'acide arsénieux à dose graduellement croissante. La cautérisation est préférable pour les formes ulcéreuses profondes, l'acide arsénieux pour les formes superficielles.

Vu :

Le Président de la Thèse,

GAILLETON.

Vu :

Le Doyen,

LORTET.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 22 mai 1901.

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,

GABRIEL COMPAYRÉ.

BIBLIOGRAPHIE

- MAC-COWEL W.-G. — *Med. and Surg. Report, Phila.*, 1878.
RICHETT'S B.-M. — *Phila. Med. Times*, 1887.
HOLLISTER. — *Med. and Surg. Report. Phila.*, 1887.
UNNA. — *Monatsch. für prakt. dermat. Hambourg*, 1887.
DAUGERFIELD. — Thèse de Paris, 1892.
Annales de Dermatologie, 1892.
LAGOUTTE. — *Lyon Médical*, 1894.
Société Médicale de Londres, 1894.
FILLON. — Thèse de Paris, 1896.
Patholog. Society of London, 1896.
WILLIAMSON. — *Northumberland and Durham Medical Society*, 1896.
HARTZELL. — *New-York Med. Journal*, 1898.
K. KREIBICH. — Histologie de l'*ulcus rodens*, in *Archiv. für Dermatologie und Syphil.*, 1898.
C. CROHN. — Thèse de Kiel, 1899.
CARLE. — Société nationale de Médecine, 1901.

